

Mémoire

Le test de Rorschach et la pensée opératoire dans l'approche théorique du transsexualisme

To be different—A study of transsexual patients

N. Vermeulen ^{a,*}, F. Bauwens ^a, A. Lefebvre ^b, P. Linkowski ^a

^a Service de psychiatrie de l'hôpital Érasme, 808, route de Lennik, 1070 Bruxelles, Belgique

^b Directeur du service de psychologie clinique et différentielle de l'université Libre-de-Bruxelles, CP 122, avenue Franklin-Roosevelt,
50, 1050 Bruxelles, Belgique

Reçu le 4 juillet 2004 ; accepté le 20 septembre 2004

Disponible sur internet le 17 mai 2005

Résumé

L'étude clinique et psychodynamique du transsexualisme revêt un intérêt croissant à la lumière des récentes interventions de réassignation chirurgicale. Nous avons exploré le fonctionnement psychologique de 28 sujets transsexuels à l'aide d'un test projectif (Psychodiagnostic de Rorschach) et comparé les données obtenues avec celles d'un groupe témoin. Nos résultats suggèrent l'existence d'un mode de pensée opératoire analogue à celui observé chez certains patients psychosomatiques.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Abstract

The authors studied the outcome of Rorschach tests on 28 transsexuals who had applied for sex reassignment surgery. The results were analysed on a 63-item grid. The transsexuals and the control group were matched by biological sex, age and education level. For the interpretation of the results, the authors refer to: a)- psychodynamic theory (C. Chabert); b)- L. Cassier's symbol elaboration index (SEI); c)- some aspects of the Exner method. The various indexes produce significant figures: - Subject's very low SEI levels suggests a defect in symbolization capacity bringing their mental processes close to those of operatory thought: i)- a deficit in emotional control (CF + C>FC); ii)- the passive movements count (Kau+K) is higher than the active movements count (Snow White index confirmed), signifying a tendency to look to others to resolve problems in reality. What are the applications of this new approach to transsexualism? We find the elements of operatory thought dear to P. Marty to be characteristic of the mental functioning of transsexuals: difficulty in feeling and expressing emotional states, life of the imagination reduced to the factual, and concretely-oriented thought processes. Operatory thought can be constituent of the development of the ego and be rooted in the essential depression of the infant. It may also represent an "extreme" defence mechanism against an "extreme" threat endangering the ego. In this case it may be only transitory and open to evolution. This psychosomatic model directly influences the accompaniment of patients who would benefit, in psychotherapy, from help in gaining better access to symbolization.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Test de Rorschach ; Théorie psychosomatique ; Transsexualisme

Keywords: Psychosomatic theory; Rorschach test; Transsexualism

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : Paul.Linkowski@ulb.ac.be (N. Vermeulen).

1. Introduction

Le transsexualisme est un syndrome d'importance croissante tant en raison des demandes de changement de sexe au niveau corporel qu'en fonction de l'émergence des hypothèses biologiques et psychologiques nouvelles, élaborées à partir de cette entité clinique. Cette « dysphorie de genre » génère un désarroi existentiel majeur, dont la définition est surtout clinique, ce qui rend son étude complexe ; et les opinions sont divergentes, voire discordantes tant dans le grand public que dans les milieux professionnels. Au-delà de ces critiques, il faut souligner la profonde tristesse, le désespoir, la difficulté d'expression de ces patients en quête d'une improbable identité.

Si l'on accepte cependant que l'identité de genre résulte d'une articulation entre une sexualité anatomique, psychologique et physiologique, que la crise identitaire est censée conduire à la maturité adulte, on peut s'interroger sur ce qui amène certaines personnes — plutôt qu'à élaborer et transformer psychiquement les différentes composantes de leur sexualité — à engager une modification radicale de leur anatomie et de leur physiologie pour pouvoir vivre pleinement sexualité et identité telles qu'ils les pensent, les vivent et se les représentent.

Cette dimension humaine et existentielle nous a incités à nous pencher sur les conflits de tendances psychiques profondes et à tenter d'en isoler quelques éléments cliniques susceptibles de nous éclairer quant aux réponses à apporter à la demande de réassignation.

Le transsexualisme a par ailleurs été considéré au cours des dernières décennies comme relevant tour à tour de la psychose, du trouble du caractère, des états-limites, de la perversion. Ces hypothèses cliniques peu étayées soulèvent donc le problème non résolu de la nature du trouble, du type de personnalité qui le sous-entend, des processus défensifs en jeu, des indications et des suivis psychothérapeutiques accompagnant les interventions chirurgicales et médicales.

2. Évolution historique de la notion de transsexualisme

L'histoire du transsexualisme est présentée dans les articles médicaux de manière assez stéréotypée. Elle fixe le plus souvent la naissance du phénomène à l'intervention pratiquée en 1952 à Copenhague sur Georges Jorgensen [22].

On relève pourtant chez Esquirol [19] des cas de « Transvestisme » vers 1838, appellation en cours jusqu'au milieu du ^{xx}e siècle.

En 1949, le terme de transsexuel est proposé par Cauldwell [9] qui met surtout l'accent sur le caractère « antisocial » de ce syndrome.

C'est à partir de 1953, date de la parution de l'article de Benjamin [2] « Transvestism and Transsexualism » que les hypothèses proposées par ces auteurs contribuent à initier des « cliniques », c'est-à-dire des équipes multidisciplinaires de prise en charge de patients réputés transsexuels.

En 1956, Alby [1], dans sa thèse inaugurale à la faculté de médecine, introduit la notion de transsexualisme comme une « conviction délirante d'appartenir à l'autre sexe ».

En 1968, Stoller [40] introduit la notion de « gender disorder » et distingue deux entités :

- le sexe (biologique) ;
- le genre qui se rapporte au vécu, au sentiment du sujet quant à son appartenance à ce sexe.

Le transsexualisme primaire « à la Stoller » serait à mettre en rapport, pour cet auteur, avec une relation fusionnelle à la mère, symbiose non troublée par l'intervention d'un père absent ou exclu.

Le terme de « dysphorie de genre » qui met l'accent sur la souffrance psychologique est repris par Fisk [20] en 1973.

En 1978, Vallée (*Le concept de transsexualité*. Mémoire de la Faculté de Psychologie [ULB] [Direction : Pr J. Vermeulen], non publié) reprend le concept dans un mémoire original à l'Université Libre de Bruxelles.

En 1980, le rapport des travaux présentés lors de la réunion de la Société Médico-Psychologique [39] consacré au transsexualisme (P. Scherrer), analyse le concept de masculinité et féminité en le rapportant — notamment — à la fonction de reproduction = apport extérieur de la femme pour l'homme, capacité utérine de la femme à porter et mettre au monde un être humain.

Neuburger [36] soutient l'hypothèse du mythe familial de la fusion avec la mère (gémellité avec la mère) et Lothstein [27] étudie la représentation de soi du transsexuel. Celui-ci serait la « cible de facteurs transgénérationnels ».

Dolto [18], en 1984, émet l'hypothèse que le père joue un rôle important dans la sexuation par le nom qu'il lui donne. Elle a la conviction que l'étiologie des troubles sexuels trouve son origine première dans une hypothèse transgénérationnelle perversive : l'enfant serait l'héritier symbolique du *désir* de ses géniteurs.

Murray [35] suggère une similitude de transsexualisme avec les « borderlines ».

En 1986, Deniker et Olié [17] ne notent pas de traits de personnalité pathologique au Rorschach et au MMPI. Tout au plus relèvent-ils des traces de traumatismes psychoaffectifs anciens qui feraient penser à une psychose infantile cicatrisée sur le mode du transsexualisme.

Oppenheimer [37] se penche sur la dynamique familiale des transsexuels et introduit la notion systémique de la genèse du trouble en rapport avec l'angoisse de séparation des parents, une mère idéalisée mais dépressive et un père impuissant à « séparer » la mère de l'enfant.

Également en 1988, on retrouve chez Bourgeois [4] l'idée que l'orientation du genre serait le résultat d'une fusion, d'un apprivoisement, d'une captation du phallus de la mère, en aucun cas d'un *conflit intrapsychique*.

Pour Verger [42], l'identité sexuelle se construit à travers les messages maternels (fusion corporelle mère-enfant, par exemple permissivité excessive des mères désirant garder leur enfant « en elles »), valable surtout pour le transsexualisme masculin vs féminin.

Dans un article publié en 1993, De Cuypere [16] suggère que certaines demandes de réassignation relèvent de la psychose et insiste sur la nécessité d'une évaluation psychologique approfondie avant toute décision chirurgicale.

En 1993, M. Czermak et H. Frignet [14] constatent que le transsexualisme naîtrait de la défaillance de la loi symbolique (par le déclin de l'instance paternelle), ce qui selon Lacan ferait prendre l'organe sexuel pour un signifiant en soi.

Le Goff et M. Walter [26] appuient la thèse de l'origine psychologique du transsexualisme en évoquant « la conviction délirante d'appartenir à l'autre sexe » [1].

Pour J. Breton et B. Cordier, 1996 [6], le transsexualisme est une pathologie de la psyché et nécessite l'intervention du psychiatre. Le déterminisme de cette anomalie n'est pas élucidé (imprégnation hormonale du fœtus ? attitude parentale ?).

Les auteurs admettent une intervention chirurgicale « palliative » dans ± 20 à 25 % des cas, et en majorité des transsexuels primaires.

Nous avons plus particulièrement retenu l'hypothèse de Mormont [33], concernant l'attachement particulier du transsexuel au stimulus perceptif (Rorschach) auquel il attribue une valeur concrète et objective, en minimisant la place de l'interprétation au profit d'un aménagement du réel, réduisant considérablement la part du symbolique.

Quant aux caractéristiques psychosociales, on constate avec Millet, Baux et Millet [32] une grande instabilité professionnelle chez les transsexuels, rendant aléatoire l'application de l'indice de Hollingshead et Redlich.

Héritier [24] reprend cette idée des « variations culturelles de l'attribution sexuelle » : « Les catégories de genre, les représentations de la personne sexuée, la répartition des tâches, telles que nous les connaissons dans les sociétés occidentales, ne sont pas des valeurs universelles générées par une nature biologique, mais bien des constructions culturelles. ».

En 1997, Castel [8] écrit que chez les Eskimos, « la nomination du fœtus s'appuie sur le désir prêté à l'âme d'un mort de se réincarner en lui, désir qui se manifeste pendant les rêves des vivants ». L'âme du mort dit : « qu'il demeure mon homonyme », qu'il (ou elle) devienne moi, qu'elle (il) porte mon nom... Le nouveau-né reçoit alors le nom et prend le *sexe de l'ancêtre*. Il grandit dans ce sexe prescrit jusqu'à la puberté où il peut réintégrer son sexe d'origine... Sinon, il devient chaman.

Dans un article d'Hergott [23], il apparaît dans le DSM-IV un glissement de la notion de transsexualisme vers la primauté du jugement clinique et de la souffrance psychique de ces patients.

Encore en 1997, Chiland [13] insiste sur la « négation de la finitude » propre au transsexuel :

- « finitude ontologique ; il n'est pas la totalité de l'être, il n'est pas autoengendré, il est né d'un couple humain » ;
- finitude sexuée = il est un homme *ou* une femme, il ne peut pas s'autoféconder ;
- finitude temporelle : il est mortel, et sauf à se donner la mort, il ne connaît pas l'heure de sa mort.

Toujours en 1997, Lebrun [25] souligne que le déclin de la fonction paternelle induirait un « télescopage du symbolique », base de la demande de réassignation sexuelle.

Goldfarb [21] suggère que le transsexuel n'ignore pas la réalité : le patient veut être reconnu de l'autre sexe, mais à aucun moment il ne dit qu'il *est* « de l'autre sexe ». Néanmoins, l'auteur admet que la transformation chirurgicale serait « une réponse folle à une demande folle ».

Bonierbale [3] associe la dysphorie de genre à un trouble du narcissisme : « On ne peut supporter que le regard d'autrui se pose sur une identité que l'on ne ressent pas. » D'après cet auteur, le transsexualisme n'est pas une maladie psychiatrique, les *testings* pratiqués n'ayant pas montré de signes psychopathologiques.

Dans une étude ultérieure, Mormont, Michel et Frankignoul [34] suggèrent une similitude des transsexuels et des anorexiques au niveau de leur appréhension du réel.

En 2002, Mormont [33] rappelle et confirme les hypothèses des précédents travaux suivants lesquels « c'est sur base d'expériences réelles ou sous forme d'images réalistes que le transsexuel met en scène ses protagonistes de ses fantaisies ». Et encore : « Chez le transsexuel, type Blanche-Neige, nous constatons une tendance stéréotypée à fuir les difficultés en se réfugiant dans des représentations réalistes qui pourraient être concrétisées par des actes dont l'initiative serait déléguée à autrui... ».

Enfin, l'examen des résultats obtenus aux échelles cliniques de personnalité du MMPI n'a pas mis en évidence la présence de courbes pathognomoniques de schizophrénie (N. Vermeulen, J. Lalllemand et P. Linkowski) [43].

3. Présentation de la recherche

Cette revue, non exhaustive, de la littérature s'organise globalement autour de deux axes relativement divergents. À l'évidence le syndrome transsexuel et la transformation hormonochirurgicale sont loin de faire l'unanimité parmi les spécialistes de la question.

On note, d'une part, les tenants du transsexualisme comme étant la manifestation d'un trouble psychiatrique et, d'autre part, les auteurs estimant que ce syndrome peut se présenter indépendamment de toute psychopathologie avérée, de toute structure de personnalité.

Ces théories, riches et souvent bien étayées, ne rencontrent toutefois pas toujours l'entière de notre expérience clinique.

Après sept ans d'expérience, notre perception subjective s'orienterait plutôt vers le constat que ces patients présentent une difficulté majeure à fantasmer, comme s'il y avait là une carence de mentalisation.

Par mentalisation, nous entendons, avec Debray [15], la capacité d'un sujet à traiter ou à négocier l'angoisse et les conflits intrapsychiques en s'étayant sur le langage.

Au vu de notre clinique, la réassignation sexuelle semblerait être vécue comme l'effraction d'un fantasme pulsionnel, non exprimable, non traduisible, non transformable en mots.

Alors que le transsexuel affirme le primat du sexe de l'âme (dysphorie de genre) il ne peut se passer d'une marque corporelle pour attester son identité.

Son corps devra correspondre à sa sexualité psychique afin qu'une unité identitaire puisse se vivre.

Cette contradiction souvent évoquée nous a conduits à tenter de cerner et d'approfondir le mode de pensée de nos sujets au nombre de 28, à travers le Rorschach, outil projectif et perceptif qui nous semblait le plus apte à fournir les éléments d'une approche clinique du transsexualisme.

En effet, les planches de Rorschach sollicitent, par leur caractère informe et par leur symétrie, une recherche de représentation de soi qui se construit entre les éléments perçus de la réalité et les représentations fantasmagoriques réactivées par le test. Cette production traduit à la fois la capacité à penser la réalité et à se penser soi-même...

4. Conditions de la recherche

4.1. Méthodologie

4.1.1. Échantillon de sujets

Notre échantillon clinique est composé de 28 patients transsexuels candidats à la réassignation chirurgicale.

Nous relevons 18 candidats mâles à la féminisation et dix femmes désirant devenir homme, dont les âges s'échelonnent de 17 à 60 ans ($M = 32,5$).

Au niveau scolaire :

- six sujets ont suivi un cycle professionnel ou technique ;
- dix sujets ont terminé les humanités inférieures ;
- trois sujets ont terminé les humanités supérieures ;
- un sujet a suivi l'enseignement spécialisé ;
- un sujet n'a effectué que des études primaires.

4.1.2. Le groupe témoin

L'appariement du groupe témoin a été effectué suivant les critères du sexe biologique, de l'âge et du niveau d'études des sujets transsexuels.

Ce groupe est constitué de 28 sujets dont 18 M \rightarrow F et 10 F \rightarrow M, non consultants et sans antécédents psychiatriques connus.

Les protocoles de Rorschach viennent d'origines diverses :

- banque de données « tout venant » du Service de psychiatrie de l'Université de Liège ;
- étudiants devant passer le test dans le cadre des études de psychologie ;
- sujets pris dans la cohorte de « normatifs » d'une expérimentation médicamenteuse.

Ces protocoles n'ont donc pas toujours été dépouillés par le même examinateur (contrairement à ceux du transsexualisme) mais les données recueillies l'ont été suivant un schéma comparable pour tous (voir annexe 1).

Les âges s'échelonnent de 17 à 56 ans, moyenne : 32.

Nous relevons :

Études techniques ou professionnelles	6
Moyennes inférieures	7
Humanités générales	6
Études supérieures	5
Enseignement spécial	2
École primaire	2
	28

4.2. Choix des outils d'évaluation

4.2.1. Psychodiagnostic de Rorschach

Test d'interprétation des formes libres (1921), il suscite une panoplie d'attitudes qui va, comme nous l'avons souligné, du perceptif au projectif, reflétant la réalité interne du sujet, rendant compte de la gestion de l'angoisse, de la qualité des défenses, de la force du Moi et de l'adéquation à la réalité externe. Il peut être conçu comme un lieu de mise à l'épreuve des opérations symbolisantes du sujet [43].

Pour l'interprétation des protocoles recueillis, nous nous référons à plusieurs axes que nous estimons complémentaires :

- la théorie psychodynamique, C. Chabert [11,10,12] ;
- certains indices particuliers à la méthode Exner ;
- en ce qui concerne la fonction de symbolisation, nous utiliserons l'IES (Indice d'Élaboration Symbolique) de Casiers [7].

Celui-ci se fonde sur l'existence d'un contenu latent des planches, et les réponses du sujet peuvent être traduites dans un registre variable, rendant compte du caractère symbolisé ou primaire de la pulsion.

Lorsque la mentalisation s'avère déficitaire, la pulsion trouve sa réalisation dans la satisfaction immédiate. L'estimation de ces deux critères, surdétermination pulsionnelle et distance à l'image se fait à travers une échelle allant de -2 à $+2$ [5] ;

- nous avons emprunté certaines axes de l'ouvrage de M. Timsit [41].

4.3. Résultats

Un MMPI pratiqué pour chaque sujet n'a pas dénombré de traits psychiatriques statistiquement significatifs.

Nous avons comparé systématiquement les données de Rorschach entre le groupe des patients transsexuels et le groupe témoin. Pour ce faire, nous avons utilisé des tests t pour échantillons séparés (t -test paired) quand il s'agissait de données métriques et des tests χ^2 (chi square test) pour les données catégorielles.

De manière générale, les différences entre les deux groupes apparaissent relativement ciblées ; en particulier, les données concernant l'idéation et la médiation cognitive ne semblent pas significativement perturbées chez les sujets transsexuels. Seules les données suivantes font l'objet de différences significatives ($p < 0,05$) : voir Tableaux 1,2.

On observe une production quantitativement plus faible chez les sujets transsexuels, avec un nombre de réponses plus

Tableau 1
Résultats significatifs des comparaisons de moyennes (test *t*)

Variable Rorschach	Transsexuels (M)	Contrôles (M)	Sign. (<i>p</i>)
R	18,32	24,54	0,006
G %	59,3	34,87	0,000
F %	37,68	57,07	0,000
MOR (N)	2,14	0,93	0,000
IES	0,15	0,66	0,004
(H)	0,68	1,18	0,046

bas dans ce groupe que dans celui des sujets témoins ($t = -2,977$, $df = 27$, $p = 0,006$).

En ce qui concerne les modes d'appréhension, l'approche globale apparaît plus fréquente dans le groupe des transsexuels que dans celui des sujets témoins ($t = 6,044$, $df = 27$, $p = 0,000$).

Ces deux critères peuvent souligner une certaine attitude défensive chez les transsexuels qui se traduit par un retrait et une distanciation face aux planches.

L'analyse des déterminants révèle une approche formelle pure moins fréquente chez les sujets transsexuels avec un F % significativement plus bas que les sujets du groupe de contrôle ($t = 4,94$, $df = 27$, $p = 0,000$). La gestion des affects semble également moins bien contrôlée chez ces sujets qui présentent en moyenne un nombre de réponses CF plus élevé ($t = 3,708$, $df = 27$, $p = 0,001$) et une balance des réponses couleur penchant plus fréquemment du côté CF + C (*Fisher's exact test*, 1-sided exact sig = 0,003) que les sujets du groupe témoin. Par ailleurs, le rapport entre kinesthésies passives et kinesthésies actives est plus souvent passif chez les sujets transsexuels (*Fisher's exact test*, 1-sided exact sig = 0,048).

Les réponses à contenu morbide sont plus fréquentes chez les sujets transsexuels ($t = 4,09$, $df = 27$, $p = 0,000$) chez qui on observe, en revanche, moins de contenus humains imaginaires (Hd) que dans le groupe des sujets témoins ($t = -2,09$, $df = 27$, $p = 0,046$).

Enfin, l'indice d'élaboration symbolique apparaît plus faible dans le groupe des sujets transsexuels que dans celui des sujets témoins ($t = -3,17$, $df = 27$, $p = 0,004$).

5. Discussion des résultats

Les chiffres statistiquement relevés montrent chez nos sujets transsexuels une adéquation au réel correcte, contrairement à l'opinion exprimée par certains auteurs (M. Czermak et H. Frignet, R. Le Goff et M. Walter, J.-P. Lebrun, J.-M. Alby...).

Tableau 2
Résultats significatifs des tests pour données catégorielles (*Fisher's exact test*) et type de résonance intime dans les deux groupes

Variable Rorschach	Transsexuels (N1/N2)/(N3)	Contrôles (N1/N2)/(N3)	Sign. (<i>p</i>)
Balance des réponses couleur : N1 (CF + C ≥ FC), N2 (CF + C < FC)	25/3	15/13	0,003
Rapport entre kinesthésies actives et passives : N1 (act > pass), N2 (act ≤ pass)	14/14	21/7	0,048
TRI : N1 (intro.), N2 (extra.), N3 (ambi.)	3/16/9	4/8/16	NS

Nous rejoignons P. Deniker et J.-P. Olié, M.-P. Pancrazi et Boyer, Bonnierbale, C. Mormont et A. Michel, dans la constatation que les tests de personnalité n'ont pas montré de traits réellement psychopathologiques au niveau de l'appréhension du réel.

En effet, un nombre élevé de réponses globales (G) associé à un nombre bas de réponses (R), s'il confirme l'ancrage correct avec la réalité, dénote une absence de recherche du fonctionnement psychique de soi et des autres, un faible investissement des facultés créatrices.

La balance des réponses-couleurs CF + C > FC, au-delà de l'interprétation habituelle du manque de contrôle émotionnel, évoque la tendance chez les sujets transsexuels à se laisser modifier par les stimuli externes en se mouvant de manière passive à la réalité ambiante.

Nous rejoignons en cela l'hypothèse « Blanche-Neige » de C. Mormont et A. Michel [30,31] que nous retrouvons également avec nos résultats (kinesthésies passives → kinesthésies actives).

Il s'agirait d'une tendance à s'en remettre à autrui, pour toute décision, de façon à éviter la prise de responsabilité et à se cantonner dans une passivité-refuge.

Le peu de contenus imaginaires humains rejoint le point que nous développons ici concernant l'indice d'élaboration symbolique (IES) de L. Cassiers.

En effet l'IES apparaît significativement plus faible chez nos sujets que dans le groupe de contrôle ; il semble que la mentalisation s'avère *déficitaire* chez les transsexuels et que la pulsion trouve plutôt un exutoire dans la satisfaction immédiate directe au niveau de la réalité *externe*.

On note, avec cette équation, la difficulté de « mise en scène du drame intrapsychique », une impuissance expressive autrement que par le corporel, ce qui pourrait correspondre à la demande même de ces patients quant à leur identité sexuelle.

Les résultats de notre étude et particulièrement les chiffres de l'IES mettent en évidence une « catastrophe de la symbolisation » telle qu'on la décrit *chez les patients psychosomatiques*. En effet, P. Marty [28,29] constate également chez ces derniers une difficulté majeure à se représenter le corps autrement que comme la *scène* du symptôme.

Le Transsexuel inscrirait directement, dans sa réalité, une réponse à une problématique intrapsychique : « Il parle avec son corps... ».

Cette névrose du comportement parallèle à celle des patients psychosomatiques pourrait être confirmée par l'équa-

tion CF + C > FC prédominante avec nos résultats. Chez les uns, comme chez les autres, on aurait affaire à une forme de pensée opératoire.

L'hypothèse d'un passage à l'acte psychotique ne semble pas se confirmer dans notre population. En effet, le transsexuel étant souvent renvoyé à des interlocuteurs multiples, à divers examens, il s'écoule souvent plusieurs années avant que le candidat à la réassignation chirurgicale voie advenir un début de réalisation pratique. C'est la personne du chirurgien qui doit réaliser le fantasme en transformant radicalement le corps dans sa nouvelle apparence sexuée...

Le rapprochement du modèle psychosomatique du transsexualisme n'a pas qu'un intérêt théorique. Il vient étayer notre constatation clinique de l'opportunité de mettre à profit le temps du « real-life test » (deux à trois ans) pour induire, suggérer ou accentuer l'accès au symbolique, la mise au travail psychique de la demande.

On constate parfois un aménagement intra-psychique du problème identitaire pouvant amener le candidat à investir l'image sexuelle de soi, au risque d'une certaine angoisse qui trouverait alors d'autres moyens d'élaboration.

La clinique de la Transsexualité pose des problèmes passionnants, qui interpellent et impliquent les psychologues, médecins et soignants amenés à prendre en charge ces patients.

Notre étude, après une revue non exhaustive de la littérature, apporte une contribution nouvelle à l'étude psychologique de ces patients en soulignant l'intérêt de la révision de certains concepts théoriques et l'importance qui peut être apportée à l'approche psychosomatique de ces patients.

L'existence d'une faille profonde dans la capacité de symbolisation suggérée par notre étude nous rapproche de la pensée opératoire chère à P. Marty [28,29] en tant qu'accrochage permanent au réel, aux dépens d'une activité fantasmatique relayée par une mentalisation souple et créatrice. Ce que rappelle P. Roman [38] sous le vocable « catastrophe de symbolisation ».

Le double-message « inscrire le symbolique dans la réalité » devient la tâche douloureuse et hautement improbable de l'équation transsexuelle.

Remerciements

Un grand et chaleureux merci au Pr Christian Mormont pour sa précieuse collaboration. Merci à Micheline Bruyninckx dont la grande connaissance du Rorschach et de l'I.E.S., nous a bien aidés. Merci à Francine Chadelaud qui a eu la patience d'encoder nos nombreuses données.

Nous sommes reconnaissants au Dr de Fontaine et à l'équipe de Chirurgie Plastique qui ont permis et encouragé la réalisation de ce travail en soutenant nos recherches depuis de longues années...

Annexe 1. Schéma de dépouillement des protocoles de Rorschach

1	NUMÉRO	34	HDPAR
2	ETUDES	35	MASQUE
3	PROF	36	GEO
4	T	37	BOT
5	CLASSOC	38	LS
6	R	39	OBJ
7	G	40	SANG
8	D	41	SEX
9	DD	42	ANAT
10	DBL	43	ELEM
11	F	44	FEUEXPL
12	FPLUS	45	SYMB
13	XPLUS	46	AG
14	XU	47	MOR
15	XCPLUS	48	CONFAB
16	C	49	CONTAM
17	CF	50	CRITIQUE
18	FC	51	PER
19	E	52	PSV
20	EF	53	DEVIT
21	FE	54	IES
22	CPRIM	55	KPI
23	KACT	56	REFLET
24	KPASS	57	PAIRES
25	KANACT	58	JUMSIM
26	KANPASS	59	MASCULIN
27	KOBJ	60	FEM
28	KP	61	AMBINSTBI
29	APOUR	62	INDIFF
30	BAN	63	CONFREGN
31	H		
32	HD		
33	HPAR		

Références

- [1] Alby JM. Contribution à l'étude du transsexualisme. Thèse de l'Université de Paris (Faculté de Médecine); 1956.
- [2] Benjamin H. Transvestism and Transsexualism. *Intern J Sexol* 1953; 7:12–4.
- [3] Bonierbale M. Questions face au Transsexualisme. *Synapse* 1998; 142:25–9.
- [4] Bourgeois M. Troubles de l'identité sexuelle, dysphorie de genre et transsexualisme. *Encyclopédie médico-chir. Psychiatr.* 1998; 37, 229 (D20 : 1–8).
- [5] Bruyninckx M. Contribution à l'étude de la dépression majeure. Mémoire de fin d'études, ULB. Faculté de Psychologie; 2000.
- [6] Breton J, Cordier B. Aspects psychiatriques du Transsexualisme. *Bull Acad Natl Med* 1996;180(6):1389–94.
- [7] Cassiers L. Le psychopathe délinquant. Dessart; 1968.
- [8] Castel P. Le transsexualisme initiatique des Eskimos. *J Franc Psy* 1997;5(1):3.
- [9] Cauldwell DO. Psychopathia Transsexualis. *Sexol* 1949;16:274–80.
- [10] Chabert C. Les méthodes projectives en psychomatique. *Encyclopédie médico-chirurgicale Psychiatrie* 1998 ; (37400 DIO 6 : 4).
- [11] Chabert C. La psychopathologie à l'épreuve du Rorschach. Coll. « Psychismes ». 1998.
- [12] Chabert C, Brusset B, Brelet F. Névrose et fonctionnement limites. *Le Carnet Psychiatrique*; 2000.

- [13] Chiland C. Changer de sexe. Paris: O. Jacob; 1997.
- [14] Czermak M, Frignet H. Quel sexe voulez-vous ? Libération; 1993.
- [15] Debray R. Questions théoriques en psychosomatique chez le bébé et le jeune enfant. *Encyclopédie médico-chirurgicale* 1992 ; (37200 E 10 : 4 p).
- [16] Decuypere G, Van Moffaerts M, Jannes C, Monstrey S. Implications and complications of sex-reassignment surgery. Department of Psychiatry University Hospital; 1995 (Gent, Belgium).
- [17] Deniker D, Olié JP. Le Transsexualisme, entretiens de Bichat. Paris: Expansion Scientifique; 1986.
- [18] Dolto F. L'image inconsciente du corps. Paris: Seuil; 1984.
- [19] Esquirol JED. Les maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal. Paris: JB Baillières; 1998.
- [20] Fisk N. Gender dysphoria syndrom in Gandy et Laub D. In: *Proceeding of the 2d Interdisciplinary symposium on gender dysphoria syndrome*. Stanford University Press; 1993. p. 7–14.
- [21] Goldfarb R. Quand le Moi refuse ce qu'il voit dans le miroir. *Psychocorps* 1993;3(2):71–95.
- [22] Jorgensen C. A personal autobiography. New York: Erikson P; 1967.
- [23] Hergott S. Glissements progressifs du DSM. *J Fr Psychiatr* 1997; (n 5, 1er trimestre : 40).
- [24] Heritier F. Masculin – Féminin. Paris: O. Jacob; 1996.
- [25] Lebrun JP. Le Transsexualisme, une crise identitaire. *J Med* 1997;12.
- [26] Le Goff R, Walter M. Approche psychanalytique du Transsexualisme masculin. *Psychol Med* 1994;26(1):21–3.
- [27] Lothstein L. Female to Male Transsex. Boston: Routledge and Kagan; 1983.
- [28] Marty P. Mentalisation et psychosomatique. Les empêcheurs de penser en rond. Synthelabo Ulysse Diffusion; 1991.
- [29] Marty P. L'investigation psychosomatique. Paris: PUF; 1994.
- [30] Michel A, Mormont C. Blanche-Neige était-elle transsexuelle ? *Encephale* 2002;XXVIII:59–64.
- [31] Michel A, Mormont C. Transsexualisme et Rorschach. Une revue de la littérature. *Ann Med Psychol (Paris)* 2003;161:125–31.
- [32] Millet L, Baux R, Millet B. Dysphorie de genre et transsexualisme. *Ann Med Psychol (Paris)* 1996;154:437–49.
- [33] Mormont C, Michel A, Wauthy J. Transsexualism and connexion with reality Rorschach data University of Liege : Huber Publisher 1995;19: 172–87.
- [34] Mormont C, Michel A, Frankignoul A. Anorexie mentale et transsexualisme. 2001 (à paraître).
- [35] Murray JF. Borderlines manifestations in the Rorschach of male transsexuals. *J Pers Assess* 1985;49:454–65.
- [36] Neuburger R. Quelques réflexions sur l'abord psychanalytique et systémique du Transsexualisme chez l'enfant. *Étud psychothér* 1981; 43:53–7.
- [37] Oppenheimer A. Du transsexualisme à la dysphorie de genre. *Evol Psychiatr Paris* 1988;1:189–93.
- [38] Roman P. Troubles somatiques et catastrophes de la symbolisation. *Psychol Clin Prosp* 1997;3:75–87.
- [39] Scherrer P. À propos du transsexualisme et de sa thérapeutique éventuelle. *Ann Med Psychol (Paris)* 1980;138:453.
- [40] Stoller RJ. In: *Recherches sur l'identité sexuelle. Connaissance de l'inconscient*. Paris: Gallimard NRF; 1968.
- [41] Timsit M. Test de Ro et pathologie psychosomatique. *Bull de la Société Française du Ro et des méthodes projectives* 1998;31:11–31.
- [42] Verger C. Identité sexuelle et transsexualisme. In: *Cahiers de Sexologie Clinique*. 1991 (17 103.34.41).
- [43] Vermeulen N, Lallemand J, Linkowski P. Transsexualisme et dysphorie de genre. Apport du génogramme et du MMPI. *Cahiers Critiques de Thérapie Familiale et de pratiques de réseaux De Boeck Université*; 2000.